

記入例

様式第4号（第9条関係）

日数が確定したら、速やかに提出してください。

令和9年 3月24日

都城市長 宛て

住所 都城市00町▲▲▲番地▲ きりしまアパート101号
請求者氏名 都城 太郎
電話番号 090-1111-2222

申請後に市からお送りしている「給付通知書」に記載の日付と文書番号を記載してください。

都城市学校給食無償化に伴う食物アレルギー等対応給付金請求書

令和●●年●月●●日付け都教給第◇◇号をもって給付決定のあった都城市学校給食無償化に伴う食物アレルギー等対応給付金について、都城市学校給食無償化に伴う食物アレルギー等対応給付金給付要綱第9条の規定により、次のとおり請求します。

都城市外にお住まいで、住んでいる自治体の助成制度を活用している場合は、その助成額を記入してください。

1 請求額

停止区分	1食単価 (A)	弁当持参日数 (B)	他制度助成額 (C)	請求額 (A) × (B) - (C)
全部停止	288円	183日	0円	52,704円
ミルク以外停止	224円	日	円	円
			計	円

証明書の合計日数とイコールになります

※ 積算根拠は、別添「弁当等の持参日数証明書」のとおり

2 振込先

金融機関名	◆◆◆銀行	支店名	〇〇町支店
預金種目	普通・当座	口座番号	1234567
フリガナ	ミヤコノジョウ タロウ		
口座名義	都城 太郎		

※ 口座名義人は、請求者（保護者等）と同一であること。